|  |  |
| --- | --- |
| **InMotion Ergotherapie**Hürthstraat 113203 LH SpijkenisseTelefoon 06 39213631Email info@inmotionergotherapie.nlWebsite www.inmotionergotherapie.nl |   |
|  |
|  |
|  |

**Verwijsformulier Extramurale ergotherapie**

CLIËNTGEGEVENS:

naam:       geslacht: [ ] m /[ ] v

adres :       geb.datum:

pc./woonplaats:       zorgverzekeraar:

telefoonnr.:       polisnr.:

DIAGNOSTISCHE GEGEVENS:

Medische diagnose(n) & prognose:

HULPVRAAG CLIËNT OP HET GEBIED VAN :

[ ]  Zelfredzaamheid: [ ]  Vrijetijdsbesteding:

[ ]  persoonlijke verzorging [ ]  actieve/passieve recreatie

[ ]  mobiliteit / vervoer [ ]  sociale contacten

[ ]  organisatie van het huishouden

[ ]  Productiviteit: [ ]  Anders, namelijk:

[ ]  arbeid

[ ]  huishouden

[ ]  school

[ ]  spel

REDEN AANVRAAG ERGOTHERAPIE:

[ ]  Ergotherapeutische diagnostiek [ ]  Behandeling aan huis

[ ]  Trainen/begeleiden van het handelen

[ ]  Cliënt(systeem)gericht adviseren

**Aanvullende gegevens**

Opmerkingen m.b.t. de problemen in de handelingsgebieden van de cliënt:

Andere betrokken hulpverleners/instanties:

Andere relevante gegevens:

**Gegevens verwijzer** (invullen of stempel)

specialisme:       Datum verwijzing:

naam:

adres:       HANDTEKENING:

pc./woonplaats:

telefoonnr.:

faxnr.:

e-mail adres:

tijdstip/dag telefonisch te bereiken:

|  |
| --- |
| Datum binnenkomst ergotherapie: |